KLINIK SEESCHAU
AM BODENSEE

Qualitätsbericht 2017

nach der Vorlage von H+

Freigabe am:	31.05.2018	Version 1
Durch:	Christian Juchli, Direktor	

Klinik Seeschau AG

www.klinik-seeschau.ch

Akutsomatik

Impressum

Dieser Qualitätsbericht wurde nach der Vorlage von H+ Die Spitäler der Schweiz erstellt. Die Vorlage des Qualitätsberichts dient der einheitlichen Berichterstattung für die Kategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation für das Berichtsjahr 2017.

Der Qualitätsbericht ermöglicht einen systematischen Überblick über die Qualitätsarbeiten eines Spitals oder einer Klinik in der Schweiz. Dieser Überblick zeigt den Aufbau des internen Qualitätsmanagements sowie die übergeordneten Qualitätsziele auf und beinhaltet Angaben zu Befragungen, Messbeteiligungen, Registerteilnahmen und Zertifikaten. Ferner werden Qualitätsindikatoren und Massnahmen, Programme sowie Projekte zur Qualitätssicherung abgefragt.

Um die Vergleichbarkeit von Qualitätsberichten zu erhöhen wurden das Inhaltsverzeichnis und die Kapitelnummerierung vereinheitlicht. Im Inhaltsverzeichnis sind alle Kapitel der Vorlage ersichtlich, unabhängig davon, ob diese das Spital betreffen oder nicht. Falls das Kapitel für das Spital nicht relevant ist, ist der Text in grauer Schrift gehalten und mit einer kurzen Begründung ergänzt. Diese Kapitel sind im weiteren Verlauf des Qualitätsberichts nicht mehr dargestellt.

Um die Ergebnisse der Qualitätsmessung richtig zu interpretieren und vergleichen zu können, dürfen die Angaben zum Angebot der einzelnen Kliniken nicht ausser Acht gelassen werden. Zudem muss den Unterschieden und Veränderungen in der Patientenstruktur und bei den Risikofaktoren Rechnung getragen werden.

Zielpublikum

Der Qualitätsbericht richtet sich an Fachpersonen aus dem Gesundheitswesen (Spitalmanagement und Mitarbeiter aus dem Gesundheitswesen, der Gesundheitskommissionen und der Gesundheitspolitik sowie der Versicherer) und die interessierte Öffentlichkeit.

Kontaktperson Qualitätsbericht 2017

Frau
Petra Dengl
Pflegedienstleitung, Stv. Qualitätsleitung
071 677 53 53
dengl.petra@klinik-seeschau.ch

Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz

Die Spitäler und Kliniken in der Schweiz sind gewillt, ihre Qualitätsmassnahmen transparent aufzuzeigen und sie nutzen erwiesene Methoden zur internen Qualitätsverbesserung. 2017 haben die H+ Mitglieder zugestimmt, weitere Messergebnisse des Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) zu publizieren. Spitalintern dienen diese als Indikatoren, um Auffälligkeiten frühzeitig zu erkennen und falls notwendig gezielte Massnahmen zur Qualitätsverbesserung zu definieren. Das Peer Review ist beispielsweise ein bewährtes Analyseverfahren, um bei Auffälligkeiten in den Mortalitätsraten zusammen mit externen Fachpersonen Verbesserungspotenziale im Behandlungsprozess zu identifizieren.

Die nationalen progress!-Programme der Stiftung Patientensicherheit Schweiz liefen auch im 2017 mit grossem Engagement der beteiligten Pilotspitäler und Partnerorganisationen. Das Programm „Sichere Medikation an Schnittstellen“ wurde im Jahr 2017 abgeschlossen. Im Rahmen des dritten progress!-Pilotprogramms fokussiert Patientensicherheit Schweiz gemeinsam mit Swissnoso darauf, Blasenkatheter seltener, kürzer und sicherer zu verwenden, um Infektionen und Verletzungen zu reduzieren. Die Ergebnisse des Programms werden Mitte 2018 vorliegen. Im Fokus des vierten Nationalen progress!-Programms zur „Verbesserung der Medikationssicherheit in Pflegeheimen“ stehen die Polymedikation sowie der sichere Umgang mit potenziell inadäquaten Medikamenten (PIM) bei älteren Menschen. Verbesserungsmassnahmen zielen deshalb auf Monitoringinstrumente für Medikation und Nebenwirkungen, Prozessanpassungen, eine sinnvolle Rollen-, Aufgaben- und Verantwortungszuteilung unter Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit sowie auf Weiterbildungsmassnahmen. Weitere Projekte der Stiftung Patientensicherheit Schweiz widmeten sich unter anderem mit einer Status Quo-Analyse den Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (MoMo) in der Schweiz sowie den Doppelkontrollen von Medikamenten, um die Sicherheit bei High-Risk-Medikamenten zu verbessern. Erneut koordinierte die Stiftung im September eine Aktionswoche zu Patientensicherheit, die dieses Jahr im Zeichen von Speak-Up stand.

Die Qualitätsberichtsvorlage von H+ ermöglicht den Mitgliedern von H+ eine einheitliche und transparente Berichterstattung über ihre Qualitätsaktivitäten.
Die in dieser Vorlage publizierten Ergebnisse der Qualitätsmessungen beziehen sich auf die einzelnen Spitäler und Kliniken. Beim Vergleichen der Messergebnisse zwischen den Betrieben sind gewisse Kriterien zu berücksichtigen. Einerseits sollte das Leistungsangebot (vgl. Anhang 1) ähnlich sein. Ein Grundversorgungsspital z.B. behandelt andere Fälle als ein Universitätsspital, weshalb auch deren Messergebnisse unterschiedlich zu werten sind. Zudem verwenden die Spitäler und Kliniken verschiedene Methoden und Instrumente, deren Struktur, Aufbau, Erhebung und Publikation sich unterscheiden können.
Punktuelle Vergleiche sind bei national einheitlichen Messungen möglich, deren Ergebnisse pro Klinik und Spital resp. pro Spitalstandort entsprechend adjustiert werden. Die Publikationen hierzu finden Sie auf www.anq.ch.

Freundliche Grüsse

Dr. Bernhard Wegmüller
Direktor H+

Inhaltsverzeichnis

Impressum **2**
Vorwort von H+ Die Spitäler der Schweiz **3**
1 Einleitung **6**
2 Organisation des Qualitätsmanagements **8**
2.1 Organigramm 8
2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement 8
3 Qualitätsstrategie **9**
3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017 9
3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017 9
3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren 10
4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten **11**
4.1 Teilnahme an nationalen Messungen 11
4.2 Durchführung von kantonal vorgegebenen Messungen
Unserem Betrieb wird keine Messung seitens des Kantons vorgegeben
4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen 12
4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte 13
4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen 15
4.5 Registerübersicht 15
4.6 Zertifizierungsübersicht 16
QUALITÄTSMESSUNGEN **17**
Befragungen **18**
5 Patientenzufriedenheit **18**
5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik 18
5.2 Eigene Befragung 20
5.2.1 detailierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon 20
5.3 Beschwerdemanagement 21
6 Angehörigenzufriedenheit
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine Befragung durchgeführt.
7 Mitarbeiterzufriedenheit **22**
7.1 Eigene Befragung 22
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit 22
8 Zuweiserzufriedenheit **24**
8.1 Eigene Befragung 24
8.1.1 Belegarztzufriedenheit 24
8.1.2 Zuweiserzufriedenheit 25
Behandlungsqualität **26**
9 Wiedereintritte **26**
9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen 26
10 Operationen **28**
10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen 28
11 Infektionen **30**
11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte 30
12 Stürze **32**
12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz 32
13 Wundliegen **33**
13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen) 33
14 Freiheitsbeschränkende Massnahmen
Eine Messung zu diesem Thema ist für unseren Betrieb nicht relevant.
15 Psychische Symptombelastung
Unser Betrieb bietet in diesem Fachbereich keine Leistungen an.

16 Zielerreichung und körperlicher Gesundheitszustand
Unser Betrieb hat in diesem Fachbereich keinen entsprechenden Leistungsauftrag.
17
Unser Betrieb hat im aktuellen Berichtsjahr keine weiteren Messungen durchgeführt.
18 Projekte im Detail 35
18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte 35
18.1.1 Neustrukturierung der Spitalhygiene 35
18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017 35
18.2.1 Einführung klinischer Dashboards Teil 1 35
18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte 36
18.3.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr 36
19 Schlusswort und Ausblick 37
Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot 38
Akutsomatik 38
Anhang 2 40
Herausgeber 43

1 Einleitung

Klinikportrait
Als Listenspital des Kantons Thurgau bietet die Klinik Seeschau ein umfassendes Leistungsspektrum in der operativen Medizin an. Dazu zählen die Orthopädische Chirurgie, die Gynäkologie, die Urologie, die Viszeralchirurgie, die Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, die Handchirurgie und die Anästhesiolgie und Schmerztherapie. Unser Fachbereich Urologie ist in das innovative Netzwerk Uroviva eingebunden. Als einzige Belegarztklinik im Kanton Thurgau bietet die Klinik Seeschau eine qualitativ hochstehende Alternative zum öffentlichen Behandlungsangebot.

Entwicklung
Wie im Vorjahr konnten - trotz der sehr intensiven Bautätigkeit im Bestand und der damit verbundenen Beeinträchtigungen im Klinikbetrieb die stationären Fallzahlen um 9,2 % auf total 1'714 Austritte gesteigert werden. Auch die ambulanten Behandlungen haben um 5,0 % auf total 2'883 zugenommen. Mit 90 % Thurgauer, 59 % allgemein versicherten Patientinnen und Patienten sowie der beträchtlichen Anzahl ambulanter Behandlungen trägt die Klinik Seeschau auch in diesem Berichtsjahr ihren Anteil an die Versorgung der Bevölkerung des Kantons Thurgau bei.

Anlässlich der Weihnachtsfeier im Dezember 2017 durften wir Dr. med. Fuad Albash, Dr. med. Thomas Fiechter, Dr. med. Kurt Oehy und Dr. med. Hans–Peter Schmid in den wohlverdienten Ruhestand verabschieden. Im Gegenzug begrüssten wir per 1. Juli 2017 Dr. med. Ronald Bräutigam als neuen urologischen Belegarzt, per 1. September 2017 Dr. med. Barbara Peter Hauser als chirurgische Belegärztin, Dr. med. Pascal Andreas Vogt als neuen orthopädischen Belegarzt und per 1. November 2017 Dr. med. Sabine Welpe–Weiss als weitere Belegärztin für den Fachbereich Anästhesiologie.

Um die ärztliche Patientenversorgung während 24 Stunden und 365 Tagen im Jahr ebenfalls durch einen Facharzt sicherstellen zu können, sind wir per 01. April 2017 mit narkose.ch einen Dienstleistungsvertrag eingegangen. Durch diese Partnerschaft ist nun rund um die Uhr ein Facharzt für Anästhesiologie in der Klinik Seeschau präsent. Ich danke an dieser Stelle meinem Bruder Andreas Juchli und dem ganzen Team der JDMT Medical Services für bisherige, bestens funktionierende Zusammenarbeit im Bereich der Dienstarztabdeckung.

Durch die Klinikerweiterung stieg im Berichtsjahr 2017 die Mitarbeiterzahl von 93 auf 105 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Durch die Inbetriebnahme neuer Gebäudeteile und der abgeschlossenen Umbauten im Bestand konnte die Arbeitsplatzsituation in praktischen allen Bereichen optimiert und verbessert werden.

In Kooperation mit RODIAG ist seit Januar 2017 die neue Röntgenabteilung mit Computertomographie und digitaler, konventioneller Radiologie mit höchster Bildqualität bei niedrigster Strahlendosis in Betrieb. Gefeiert wurde dieser Anlass mit einem Eröffnungsapéro am 25. April 2017. Auch die neuen Allgemeinzimmer konnten ab Januar 2018 belegt und anschliessend die bestehenden Zimmer in der Allgemeinabteilung renoviert werden. Im März 2017 folgte die Inbetriebnahme der Überwachungsstation IMCU (Intermediate Care Unit), welche eine umfassende anästhesiologische und pflegerische Betreuungsmöglichkeit nach der Operation bietet. Mit der Eröffnung der VIP-Lounge «Seeschau Privé» im August steht allen zusatzversicherten Patienten ein gemütlicher Aufenthaltsraum mit Dachterrasse zur Verfügung. Die Lounge wird von unseren Patienten und deren Angehörigen sehr geschätzt. Die neu gestaltete Parkanlage mit Biotop (auch für Rollstühle geeignet) bietet zudem die nötige Erholung für eine rasche Genesung aller Patienten. Ein grosser Meilenstein im Bauprojekt «SeeschauNext» waren die Inbetriebnahme des vollständig digitalisierten, technisch auf den neusten Stand gebrachten Operationssaales 3 im August sowie der ausgebauten Sterilisation. Seit August 2017 ist auch die erweiterte und vollständig umgebaute Klinikküche in Betrieb. Während der dreijährigen Umbauzeit konnten die Emissionen in Grenzen gehalten werden und es ereigneten sich keine nennenswerte Unfälle.

Qualitätsschwerpunkte 2017
Die Klinik nimmt jedes Jahr an allen für den Akutbereich vorgegebenen ANQ-Messungen teil und führt zusätzlich eine externe Patientenzufriedenheitsmessung mit MECON measure & consult GmbH durch. Vor allem diese externe Patientenzufriedenheitsmessung erfüllt uns mit Stolz, hat doch die Klinik Seeschau in drei von vier Quartalen sowie im Jahresdurchschnitt als gesamthaft beste SLH-Klinik abgeschlossen – und dies trotz der Beeinträchtigungen während der intensiven Bauphase!

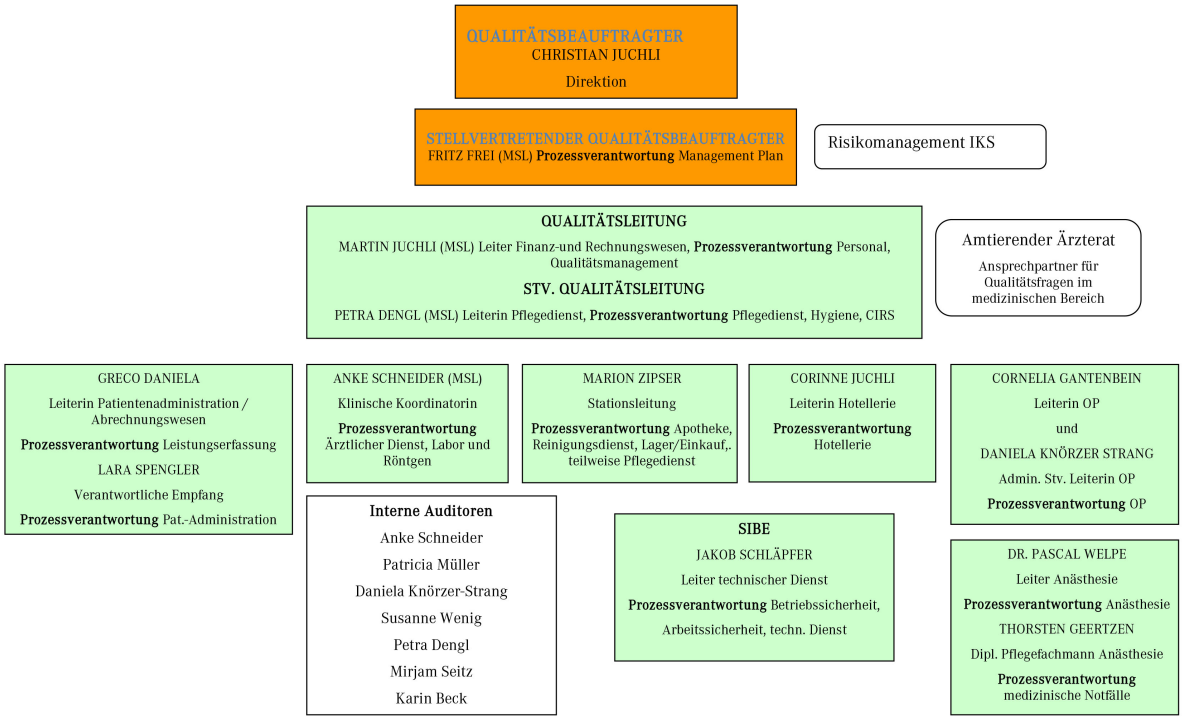
Auch die Ergebnisse von Swissnoso (postoperative Wundinfektionen bei Knie-, Hüftimplantaten und bei Hernien-Operationen) waren sehr zufriedenstellend. Zudem wurde das Überwachungsaudit nach ISO 9001:2008 auch unter der neuen Zertifizierungsstelle ohne Abweichungen mit einem sehr guten Resultat bestanden und auch die Anforderungen der Jahresthemen aus dem SLH-Excellence-Profile wurden erfüllt. Die Qualität und die Abläufe der internen Audits konnte nochmals verbessert und gefestigt werden und die einzelnen Prozesse wurden der erweiterten Infrastruktur und der neuen Abläufen laufend angepasst.

Die Spitalhygiene der Klinik Seeschau AG hat sich, in Zusammenarbeit mit dem Ostschweizer Kompetenzzentrum OSKI+, neu formiert. Das vorhandene Hygienekonzept wurde grundlegend überarbeitet und die angepassten Richtlinien auf der Homepage «guidelines.ch» online zur Verfügung gestellt.

Detaillierte Informationen zum Leistungsangebot finden Sie im Anhang 1.

2 Organisation des Qualitätsmanagements

2.1 Organigramm



Das Qualitätsmanagement ist in der Geschäftsleitung vertreten.

Für das Qualitätsmanagement stehen insgesamt **80%** Stellenprozente zur Verfügung.

2.2 Kontaktpersonen aus dem Qualitätsmanagement

Herr Christian Juchli
Qualitätsbeauftragter
Klinik Seeschau AG
071 677 53 53
juchli.christian@klinik-seeschau.ch

Herr Martin Juchli
Stv. Qualitätsbeauftragter, Qualitätsleitung
Klinik Seeschau AG
071 677 53 53
juchli.martin@klinik-seeschau.ch

Frau Petra Dengl
Pflegedienstleitung, Stv. Q-Leitung
Klinik Seeschau AG
071 677 53 53
dengl.petra@klinik-seeschau.ch

3 Qualitätsstrategie

1. Alle Massnahmen und Aktivitäten im Qualitätsmanagement sind auf die Erreichung des strategischen Ziels der Klinik Seeschau AG ausgerichtet, welche sich als führende Leistungsanbieterin im Akutbereich – Allgemein- und Zusatzversicherungssegment - im Kanton Thurgau differenziert und sich im Markt über seine «Qualitätsführerschaft» positionieren will.
2. Die Klinik Seeschau AG stellt den Patientennutzen durch eine qualitativ hochwertige, effektive und effiziente Leistungserbringung sicher.
3. Die Klinik Seeschau AG setzt ein umfassendes Risikomanagement um, dabei bildet die Patientensicherheit ein wesentliches Kernelement.
4. Die Klinik Seeschau AG verpflichtet sich zu einem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (KVP).
5. Durch die Mitwirkung bei allen ANQ - Messungen macht die Klinik den hohen Q - Standard im Benchmarking mit Vergleichsspitälern sichtbar.
6. Die Umsetzung der Qualitätspolitik wird jährlich mit internen und externen Audits und durch die Aufrechterhaltung des ISO 9001 - Zertifikats und der SLH - Anerkennung sichergestellt.

Die Qualität ist in der Unternehmensstrategie resp. in den Unternehmenszielen explizit verankert.

3.1 Zwei bis drei Qualitätsschwerpunkte im Berichtsjahr 2017

- Die Spitalhygiene der Klinik Seeschau AG hat sich, in Zusammenarbeit mit dem Ostschweizer Kompetenzzentrum OSKI+, neu formiert. Das vorhandene Hygienekonzept wurde grundlegend überarbeitet und ca. 50% der angepassten Richtlinien wurden bereits auf der Website «guidelines.ch» online zur Verfügung gestellt.
- Die Umsetzung des SLH – Excellence – Profils «Fehlerkultur als Entwicklungschance» wurde in Angriff genommen.
- Die gesamten Prozesse und Abläufe wurden an die erweiterte Klinikinfrastruktur angepasst und entsprechend optimiert.

3.2 Erreichte Qualitätsziele im Berichtsjahr 2017

- Die Anforderungen des SLH – Excellence – Profils «Klinikinternes Patientenmanagement» wurden vollumfänglich umgesetzt und sind fester Bestandteil der entsprechenden Prozessabläufe, das Projekt ist abgeschlossen.
- Gemäss der externen Patientenzufriedenheitsmessung mit MECON measure & consult GmbH hat die Klinik Seeschau AG, trotz Bautätigkeiten, sehr gute Ergebnisse erzielt.
- Die Klinikerweiterung «SeeschauNext» wurde abgeschlossen:
    - Im Rahmen der Klinikerweiterung wurden die aktuellen Brandschutzvorschriften umgesetzt und deren Wirksamkeit mittels Tests am gesamten Klinikgebäude geprüft. Diese dienen der erhöhten Arbeits- und Patientensicherheit.
    - Die neue Überwachungsstation (IMCU) und die eigenen Radiologie-Abteilung konnten in Betrieb genommen werden.
    - Durch die Digitalisierung von OP-Saal 3 und den Ausbau der Sterilisation, sind beide Bereiche nun auf einem hohen Ausstattungsniveau.
    - Die Lounge «Seeschau Privé» wurde eröffnet und die Klinikküche vergrössert. Dadurch konnten die gesamten Hotellerieprozesse optimiert werden.
    - Durch die Klinikerweiterung konnten bessere Arbeitsplatzbedingungen in praktisch allen Arbeitsbereichen erzielt werden.

3.3 Qualitätsentwicklung in den kommenden Jahren

- Die Klinik Seeschau wird 2018 das SLH-Exellence–Profil «Fehlerkultur als Entwicklungschance» abschliessen.
- 2018/2019 erfolgt die Umstellung auf die neue ISO Norm 9001:2015 mit anschliessendem Rezertifizierungsaudit.
- Ebenfalls 2018 werden die restlichen, angepassten Richtlinien des Hygienekonzeptes auf der Website «guidelines.ch» zur Verfügung gestellt.
- Mit dem Aufbau einer Materialbewirtschaftung (MAWI - elektronische Bewirtschaftung des Einkaufs und Lagers), der Optimierung der internen Materialbewirtschaftungsprozesse sowie der Einkaufskonditionen werden zwei weitere wichtige Projekte in Angriff genommen resp. umgesetzt.
- Die vollständige Digitalisierung und die technische Aufrüstung der OP Säle 1 und 2 sowie die Fertigstellung der zusätzlichen OP-Säle 4 und 5 wird umgesetzt. Damit werden den Belegärzten und Mitarbeitern der Klinik Seeschau ab Juni 2018 fünf gleichwertige Operationssäle auf höchstem technischem Niveau zur Verfügung stehen.
- Um auch langfristig für Privatversicherte konkurrenzfähig zu bleiben, werden bis Mai 2018 alle Einbettzimmer auf der Südseite der Klinik modernisiert und mit noch mehr Komfort ausgestattet.

4 Überblick über sämtliche Qualitätsaktivitäten

4.1 Teilnahme an nationalen Messungen

Im Nationalen Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (ANQ) sind der Spitalverband H+, die Kantone, die Gesundheitsdirektorenkonferenz GDK, der Verband der Krankenkassen santésuisse und die eidgenössischen Sozialversicherer vertreten. Zweck des ANQ ist die Koordination der einheitlichen Umsetzung von Ergebnisqualitäts-Messungen in Spitälern und Kliniken, mit dem Ziel, die Qualität zu dokumentieren, weiterzuentwickeln und zu verbessern. Die Methoden der Durchführung und der Auswertung sind für alle Betriebe jeweils dieselben.

Weitere Informationen finden Sie pro Qualitätsmessung jeweils in den Unterkapiteln „Nationale Befragungen“ bzw. „Nationale Messungen“ und auf der Webseite des ANQ www.anq.ch.

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr wie folgt am nationalen Messplan teilgenommen:
Akutsomatik
▪ Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen
▪ Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen
▪ Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte
▪ Nationale Prävalenzmessung Sturz
▪ Nationale Prävalenzmessung Dekubitus

4.3 Durchführung von zusätzlichen spital- und klinikeigenen Messungen

Neben den national und kantonal vorgegebenen Qualitätsmessungen hat unser Betrieb zusätzliche Qualitätsmessungen durchgeführt.

Unser Betrieb hat folgende spitaleigene Befragungen durchgeführt:
Patientenzufriedenheit
▪ detailierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon
Mitarbeiterzufriedenheit
▪ Mitarbeiterzufriedenheit
Zuweiserzufriedenheit
▪ Belegarztzufriedenheit
▪ Zuweiserzufriedenheit

4.4 Qualitätsaktivitäten und -projekte

Hier finden Sie eine Auflistung der permanenten Aktivitäten sowie der laufenden Qualitätsprojekte.

Klinikinternes Patientenmanagement

Ziel	Hohes Niveau von Service und Dienstleistung für Zusatzversicherte
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Ganzer Betrieb / stationär
Projekte: Laufzeit (von…bis)	01.11.2015 - 31.12.2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Das Thema wurde von SLH als Zusatzkriterium zur Erreichung des Excellence - Profils vorgegeben. Deutliche Abgrenzung zu den Allgemeinversicherten wird von den Krankenversicherungen gefordert.
Involvierte Berufsgruppen	Patientenadministration
Evaluation Aktivität / Projekt	Das Projekt konnte erfolgreich abgeschlossen und in die entsprechenden Prozesse integriert werden. Die Patienten äussern sich in allen Umfragen überaus positiv

Einführung klinischer Dashboards Teil 1

Ziel	Deutliche Zeitersparnis im Austausch von Informationen
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	Pflege stationär
Projekte: Laufzeit (von…bis)	Juli 2015 - September 2017
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Das Dashboard soll das bisherige Whiteboard im Stationszimmer ersetzen. Die wichtigsten Informationen können hier aus dem klinischen Netzwerk abgerufen und die interne Kommunikation kann verbessert werden.
Methodik	Potentialanalyse / Workshop / Arbeitsgruppen
Involvierte Berufsgruppen	alle Bereiche / Schwerpunkt Pflegedienst
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Umstellung vom Whiteboard auf das Stationsdashboard konnte vollzogen werden. Sowohl die Ärzte, das Pflegepersonal wie auch andere Dienste können das Dashboard bedienen und hier auf alle relevanten Informationen zugreifen.

Neustrukturierung der Spitalhygiene

Ziel	Aufbau einer Spitalhygiene nach hochstehenden professionellen Standards
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	ganzer Betrieb
Projekte: Laufzeit (von…bis)	29.02.2016 bis Dezember 2018
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Verschlankung des Hygienekonzepts, immer auf dem aktuellsten Wissenstand, rascher Informationsfluss, rasche Reaktionszeit für Massnahmen, Reduktion vom Schulungsaufwand da die Informationen systematischer und differenzierter zur Verfügung stehen.
Involvierte Berufsgruppen	Pflegedienst / OP
Evaluation Aktivität / Projekt	Die Spitalhygiene traf sich zu 4 Sitzungen. Ein Hygienereglement wurde erstellt und verabschiedet.Das vorhandene Hygienekonzept wurde grundlegend überarbeitet und ca. 50% der angepassten Richtlinien wurden bereits auf der Website «guidelines.ch» online zur Verfügung gestellt.
Weiterführende Unterlagen	guidelines.ch

Anpassung des Qualitätsmanagementsystems auf die neue ISO Norm 9001:2015

Ziel	Erfolgreiche Rezertifizierung 2019
Bereich, in dem die Aktivität oder das Projekt läuft	ganze Klinik
Projekte: Laufzeit (von…bis)	Oktober 2017- August 2019
Art der Aktivität / des Projekts	Es handelt sich dabei um ein internes Projekt
Begründung	Die Umstellung ist Vorraussetzung für den Erhalt des ISO-Zertifikats. Ablauf der Gültigkeit Norm 9001:2008.
Methodik	Externe Beratung und Workshops
Involvierte Berufsgruppen	Prozessverantwortliche, interne Auditoren
Evaluation Aktivität / Projekt	Erste Hinweise zur korrekten Umsetzung der Norm 9001:2015 nach dem Überwachungsaudit im August 2018.

4.4.1 CIRS – Lernen aus Zwischenfällen

CIRS ist ein Fehlermeldesystem, in welchem Mitarbeitende kritische Ereignisse oder Fehler, die im Arbeitsalltag beinahe zu Schäden geführt hätten, erfassen können. Auf diese Weise hilft CIRS, Risiken in der Organisation und in Arbeitsabläufen zu identifizieren und die Sicherheitskultur zu verbessern. CIRS steht für Critical Incident Reporting System. Aufgrund der Entdeckungen können sicherheitsrelevante Verbesserungsmassnahmen eingeleitet werden.

Unser Betrieb hat ein CIRS im Jahr 2013 eingeführt.
Das Vorgehen für die Einleitung und Umsetzung von Verbesserungsmassnahmen ist definiert.

Entsprechende Strukturen, Gremien und Verantwortlichkeiten sind eingerichtet, in denen CIRS-Meldungen bearbeitet werden.

Bemerkungen
Im Berichtsjahr sind 9 CIRS-Meldungen eingegangen. Alle entsprechenden Massnahmen wurden eingeleitet und umgesetzt.

4.5 Registerübersicht

Register und Monitorings können einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung und längerfristigen Qualitätssicherung leisten. Anonymisierte Daten zu Diagnosen und Prozeduren (z.B. Operationen) von mehreren Betrieben werden über mehrere Jahre auf nationaler Ebene gesammelt und ausgewertet, um längerfristig und überregional Trends erkennen zu können.

Die aufgeführten Register und Studien sind der FMH offiziell gemeldet: www.fmh.ch/saqm/_service/forum_medizinische_register.cfm

Unser Betrieb hat im Berichtsjahr an folgenden Registern teilgenommen			
Bezeichnung	**Fachrichtungen**	**Betreiberorganisation**	**Seit/Ab**
KRTG Krebsregister Kanton Thurgau	Alle	www.krtg.ch	2012
SIRIS Schweizerisches Implantatregister	Orthopädische Chirurgie	Stiftung für Qualitätssicherung in der Implantationsmedizin www.siris-implant.ch	2012

4.6 Zertifizierungsübersicht

Unser Betrieb ist wie folgt zertifiziert:				
Angewendete Norm	**Bereich, der mit dem Standard / der Norm arbeitet**	**Jahr der ersten Zertifizierung / Assessment**	**Jahr der letzten Rezertifizierung / Assessment**	**Kommentare**
Branchenlösung H+ Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz	Gesamter Betrieb	2016	2016	
Operational Qualifikation OQ - Parikelmessung im OP	OP-Abteilung	2008	2017	jährliche externe Messung
Swiss Leading Hospitals (SLH)	Angewendet im gesamten Betrieb	2010	2016	
swissmedic	Sterilisation OP	2008	2017	Guidlines für Medizinprodukte
ISO 9001:2008	Ganze Klinik	2013	2016	
REKOLE®®-Zertifizierung	betriebliches Rechnungswesen	2014	2014	Mit der erfolgreichen Zertifizierung schafft die Klinik Seeschau AG Transparenz in der Kostenentstehung seiner erbrachten Leistungen. Der Kosten- und Leistungsermittlungsprozess ist national einheitlich.

QUALITÄTSMESSUNGEN

Befragungen

5 Patientenzufriedenheit

Umfassende Patientenbefragungen stellen ein wichtiges Element des Qualitätsmanagements dar, da sie Rückmeldungen zur Zufriedenheit der Patienten und Anregungen für Verbesserungspotentiale geben.

5.1 Nationale Patientenbefragung in der Akutsomatik

Die patientenseitige Beurteilung der Leistungsqualität eines Spitals ist ein wichtiger und anerkannter Qualitätsindikator (Patientenzufriedenheit). Den Kurzfragebogen für die nationale Patientenbefragung hat der ANQ in Zusammenarbeit mit einer Expertengruppe aus den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie entwickelt.

Der Kurzfragebogen besteht aus sechs Kernfragen und kann gut an differenzierte Patienten-befragungen angebunden werden. Neben den sechs Fragen zum Spitalaufenthalt werden Alter, Geschlecht, Versicherungsklasse und subjektive Gesundheitseinschätzung erhoben.

Während der Weiterentwicklungsphase hat der ANQ die Fragen des Kurzfragebogens in den Bereichen Akutsomatik, Rehabilitation und Psychiatrie angepasst und abgestimmt. Im Jahr 2017 wurde der überarbeitete Kurzfragebogen zum zweiten Mal im Bereich Akutsomatik eingesetzt.

Messergebnisse

Fragen	Zufriedenheitswert, adjustierter Mittelwert 2016 (CI* = 95%)
Klinik Seeschau AG	
Wie beurteilen Sie die Qualität der Behandlung (durch die Ärztinnen/Ärzte und Pflegefachpersonen)?	4.48 (4.33 - 4.64)
Hatten Sie die Möglichkeit Fragen zu stellen?	4.85 (4.68 - 5.02)
Erhielten Sie verständliche Antworten auf Ihre Fragen?	4.78 (4.63 - 4.94)
Wurde Ihnen der Zweck der Medikamente, die Sie zu Hause einnehmen sollten, verständlich erklärt?	4.76 (4.54 - 4.98)
Wie war die Organisation Ihres Spitalaustritts?	4.35 (4.16 - 4.55)
Wie empfanden Sie die Dauer Ihres Spitalaufenthalts?	95.00 %

Wertung der Ergebnisse: Frage 1 – 5: 1 = schlechtester Wert; 5 = bester Wert. Frage 6: Das in dieser Spalte angegebene Resultat entspricht dem Anteil der Personen die mit «genau richtig» geantwortet haben.

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Eine genauere Analyse der Daten zeigt uns, dass wir uns im Vergleich zu den 156 teilnehmenden Akutspitälern in allen Fragen unter den 10 Besten plaziert haben. Mit diesem Ergebnis können wir sehr zufrieden sein.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	ESOPE Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Angaben zum untersuchten Kollektiv				
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Die Befragung wurde an alle stationär behandelten Patienten (≥ 18 Jahre) versendet, die im September 2016 das Spital verlassen haben.		
	Ausschlusskriterien	▪ Im Spital verstorbene Patienten. ▪ Patienten ohne festen Wohnsitz in der Schweiz. ▪ Mehrfachhospitalisierte Patienten wurden nur einmal befragt.		
Klinik Seeschau AG				
Anzahl angeschriebene Patienten 2016		110		
Anzahl eingetroffener Fragebogen		83	Rücklauf in Prozent	75 %

5.2 Eigene Befragung

5.2.1 detailierte, kontinuierliche Patientenzufriedenheitsmessung mit Mecon

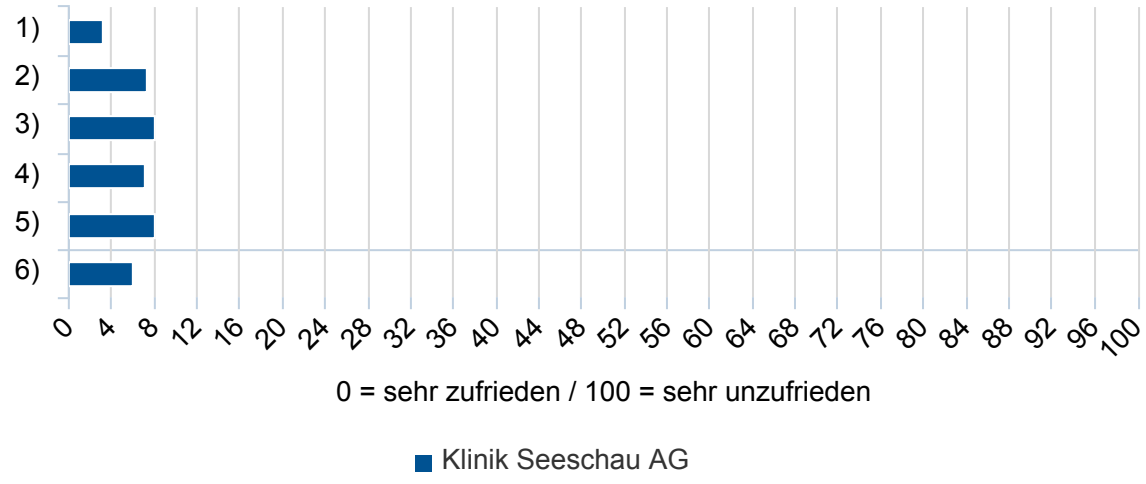
Ziel ist neben der Nationalen Patientenbefragung noch detailiertere Informationen / Rückmeldungen zur Patientenzufriedenheit im stationären Bereich zu erhalten, um daraus Verbesserungspotential (KVP) abzuleiten. Auch der Benchmark mit anderen, ähnlichen Spitälern ist für uns eine wichtige Aussage für die Qualität unserer Dienstleistung. Der Standardfragebogen besteht aus 32 Fragen, die zu 15 Kriterien gruppiert sind und in 5 Bereiche zusammengefasst werden. Zusätzlich gibt es noch die Option Spital spezifische Fragen zu stellen, welche wir für den Bereich Anästhesie, OP und für Fragen zum Patientenmanagement genutzt haben.

Diese Patientenbefragung haben wir im Jahr 2017 durchgeführt.
Die Befragung hat im ganzen stationären Bereich stattgefunden.
Einschlusskriterium:
Die Befragung wurde ausschliesslich an stationär behandelte Patienten versendet mit einer Aufenthaltsdauer von mehr als 2 Tagen

Es wurde kein Erinnerungsschreiben versendet.

Messthemen

1) Bereich Ärzte
2) Bereich Pflege
3) Bereich Organisation
4) Bereich Hotellerie
5) Öffentliche Infrastruktur
6) Gesamtzufriedenheit



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Messthemen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Seeschau AG	3.20	7.30	8.00	7.10	8.00

Messergebnisse in Zahlen			
	Mittelwerte pro Messthemen 6)	Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
Klinik Seeschau AG	6.00	477	60.00 %

Die Messergebnisse werden mit jenen von anderen Betrieben verglichen (Benchmark).

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Unter allen teilnehmenden Spitälern konnten wir uns auch hier deutlich über dem Mittelwert, im besten Viertel positionieren. Verbesserungsvorschläge aus den Patienten - Bermerkungen wurden systematisch erfasst, bewertet und allenfalls umgesetzt.
Sehr erfreulich war, dass auch in diesem Berichtsjahr die Bauaktivitäten keinen negativen Einfluss auf das Ergebnis der Patientenzufriedenheit hatten.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Mecon
Methode / Instrument	MECON-Standardfragebogen

5.3 Beschwerdemanagement

Unser Betrieb hat ein Beschwerdemanagement / eine Ombudsstelle.

Klinik Seeschau AG
Stv. Qualitätsleitung
Petra Dengl
Pflegedienstleitung
071 677 53 53
dengl.petra@klinik-seeschau.ch
Mo-Fr 08:30-17:30 Uhr
arbeitet eng mit der Klinikdirektion zusammen

7 Mitarbeiterzufriedenheit

Die Messung der Mitarbeiterzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Mitarbeiter das Spital als Arbeitgeber und ihre Arbeitssituation empfunden haben.

7.1 Eigene Befragung

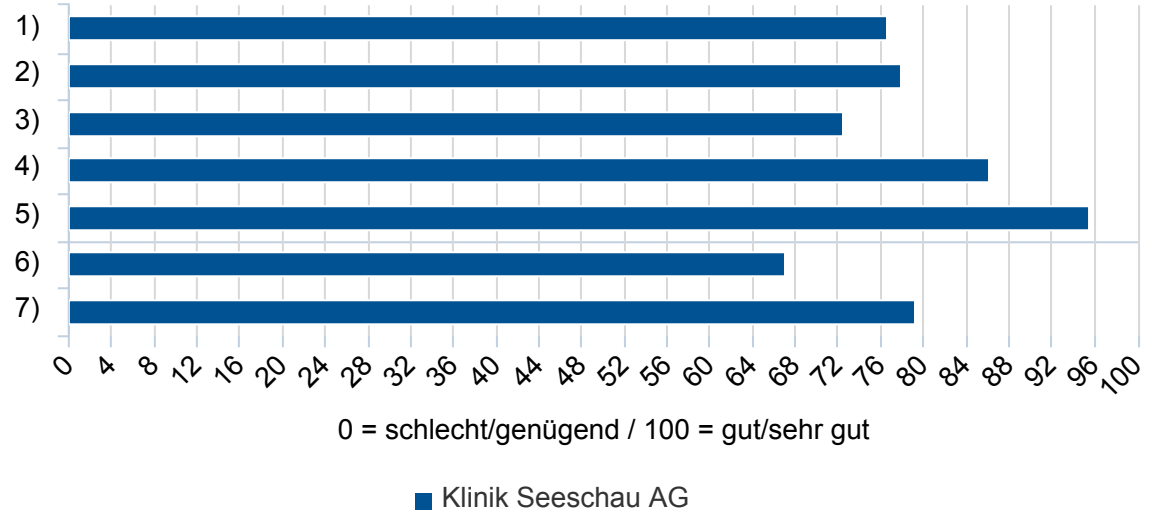
7.1.1 Mitarbeiterzufriedenheit

Das Ziel dieser Befragung ist die Zufriedenheit unserer Mitarbeiter zu messen und Anhaltspunkte zu erhalten, wo Verbesserungspotential besteht.

Diese Mitarbeiterbefragung haben wir vom 01.01.2017 bis 31.03.2017 durchgeführt.
Ganze Klinik, alle Bereiche.
Alle Angestellten der Klinik, ausgenommen Neueintritte ab 01.03.2017
Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

1) Mitwirkung am Arbeitsplatz
2) Organisation
3) Führung
4) Sozialgestaltung
5) Institutionszusammenarbeit
6) Infrastruktur am Arbeitsplatz
7) Gesamtbetrieb über alle Messthemen



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen				
	1)	2)	3)	4)	5)
Klinik Seeschau AG	76.50	77.87	72.54	86.10	95.48

Messergebnisse in Zahlen				
	Mittelwerte pro Fragen		Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	6)	7)		
Klinik Seeschau AG	66.95	79.24	61	66.00 %

Wertung der Ergebnisse und Qualitätsaktivitäten

Der Rücklauf war mit 66% erstmals sehr zufriedenstellend

Das Ergebnis zeigt, dass 79.24 % unserer Mitarbeitenden mit ihrer Tätigkeit und den Arbeitsbedingungen zufrieden oder sehr zufrieden sind.

Bezüglich der Infrastruktur am Arbeitsplatz erhielten wir Verbesserungsvorschläge und Anregungen welche im Zuge der Klinikerweiterung bereits im Berichtsjahr umgesetzt wurden.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

8 Zuweiserzufriedenheit

Bei der Spitalwahl spielen externe Zuweisende (Hausärzte, niedergelassene Spezialärzte) eine wichtige Rolle. Viele Patienten lassen sich in dem Spital behandeln, das ihnen ihr Arzt empfohlen hat. Die Messung der Zuweiserzufriedenheit liefert den Betrieben wertvolle Informationen, wie die Zuweiser den Betrieb und die fachliche Betreuung der zugewiesenen Patienten empfunden haben.

8.1 Eigene Befragung

8.1.1 Belegarztzufriedenheit

Das Ziel ist mit dieser Befragung eine Aussage über die Zufriedenheit unserer Belegärzte zu erhalten und Verbesserungspotential zu erkennen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 01.01.2017 bis 31.03.2017 durchgeführt.
Belegärzte aller Fachbereiche
Es gab keine Ausschlusskriterien. Alle Belegärzte, die mit der Klinik vertraglich gebunden sind, konnten teilnehmen.

96 % unserer Belegärzte haben an unserer Online-Befragung teilgenommen. Zufrieden / bezw. sehr zufrieden äusserten sich 93.24 %. Dieses Ergebnis ist ausgezeichnet, weshalb auf die detaillierte Darstellung der einzelnen Fragen verzichtet wird.

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

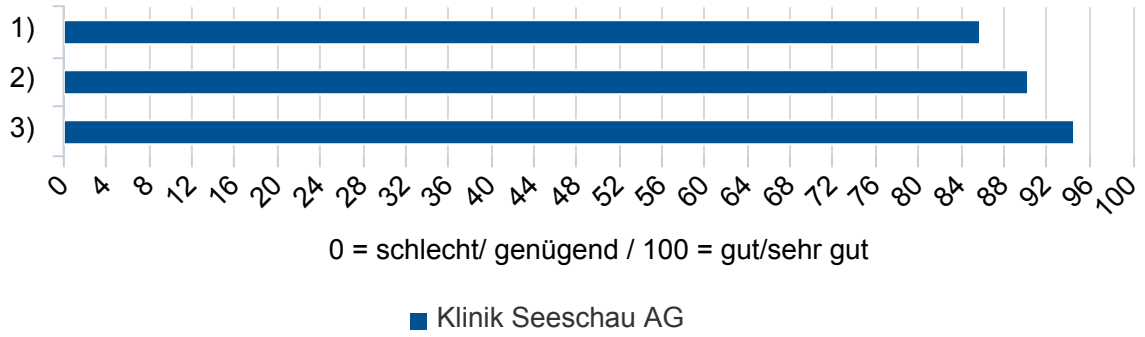
8.1.2 Zuweiserzufriedenheit

Das Ziel dieser Befragung ist die Zufriedenheit der zuweisenden (Haus-) Ärzte zu messen.

Diese Zuweiserbefragung haben wir vom 01.01.2017 bis 31.03.2017 durchgeführt.
Bereich zuweisende Hausärzte
Es wurden nur die 50 Hausärzte mit der höchsten Zuweisungsrate angeschrieben.
Es wurde ein Erinnerungsschreiben versendet.

Fragen

1) Kompetenz der Ärzte
2) Zusammenarbeit mit den Belegärzten
3) Patienten, Öffentlichkeitsarbeit



Messergebnisse in Zahlen					
	Mittelwerte pro Fragen			Anzahl valide Fragebogen	Rücklaufquote %
	1)	2)	3)		
Klinik Seeschau AG	85.71	90.26	94.55	14	28.00 %

Angaben zur Messung	
Betriebsintern entwickelte Methode / Instrument	

Behandlungsqualität

9 Wiedereintritte

9.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Rehospitalisationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird ein Wiedereintritt als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn er innert 30 Tagen erfolgt und ungeplant ist und die damit verbundene Diagnose bereits beim vorangehenden Spitalaufenthalt vorlag. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse). Geplante Nachversorgungstermine und geplante wiederholte Spitalaufenthalte, z.B. im Rahmen einer Krebsbehandlung, werden nicht gezählt.

Durch die Berechnung der Wiedereintrittsraten können auffällige Wiedereintritte erkannt und analysiert werden. Damit können Informationen zur Optimierung der Austrittsvorbereitung gewonnen werden.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse		2013	2014	2015	2016**
Klinik Seeschau AG					
Beobachtete Rate	Intern:	0.33%	0.94%	1.31%	-
	Extern:	0.00%	0.55%	0.66%	-
Erwartete Rate		2.12%	2.17%	2.08%	-
Verhältnis der Raten***				0.95	

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Aufgrund der geänderten Ergebnisausweise des ANQ können die Ergebnisse für die beobachtete Rate (intern und extern) nicht ausgewiesen werden (Neue Ergebnisausweise sind: global beobachtete Rate und Anteil externer Rehospitalisationen in %).

Unser Ergebnis liegt in der Norm.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle stationären Patienten (einschliesslich Kinder).	
	Ausschlusskriterien	Verstorbene Patienten, gesunde Neugeborene, in andere Spitäler verlegte Patienten und Patienten mit Wohnsitz im Ausland.	
Klinik Seeschau AG			
Anzahl auswertbare Austritte:		1191	

10 Operationen

10.1 Nationale Auswertung der potentiell vermeidbaren Reoperationen

Innerhalb der nationalen Messung des ANQ wird eine Reoperation als potentiell vermeidbar eingestuft, wenn ein Eingriff an derselben Körperstelle erfolgt und nicht vorhersehbar war oder wenn er eher Ausdruck eines Misslingens oder einer postoperativen Komplikation als einer Verschlimmerung der Grundkrankheit ist. Dabei wird für den Bericht jeweils die vorjährige medizinische Statistik aus dem Spital herangezogen (Datenanalyse).
Rein diagnostische Eingriffe (z.B. Punktionen) werden von der Analyse ausgenommen. Es werden nur die Reoperationen erfasst, die während des gleichen Spitalaufenthalts vorkommen.

Die Berechnung der Reoperationsraten gibt einen Hinweis darauf, wo potentielle Probleme bestehen. Um auffällige Reoperationen zu erkennen und die Behandlungsqualität zu verbessern, sind vertiefte Analysen der Patientenakten durch die Spitäler und Kliniken nötig.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.sqlape.com

Messergebnisse

Datenanalyse	2013	2014	2015	2016**
Klinik Seeschau AG				
Beobachtete Rate	1.39%	0.73%	0.62%	0.24%
Erwartete Rate	1.44%	1.27%	1.51%	1.32%
Verhältnis der Raten***			0.41	0.18

** Entspricht der Auswertung 2017 basierend auf der medizinischen Statistik 2016 (BFS Datenanalyse 2016).

*** Das Verhältnis der Raten berechnet sich aus der beobachteten Rate/erwarteten Rate des Spitals oder der Klinik. Ein Verhältnis unter 1 bedeutet, dass es weniger beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt. Ein Verhältnis über 1 bedeutet, dass es mehr beobachtete potentiell vermeidbare Fälle als erwartet gibt.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Unser Ergebnis liegt in der Norm, keine Massnahmen notwendig.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	SQLape GmbH
Methode / Instrument	SQLape®, wissenschaftlich entwickelte Methode, die entsprechende Werte aus statistischen Daten der Spitäler berechnet.

Angaben zum untersuchten Kollektiv			
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	Alle chirurgischen Eingriffe mit therapeutischem Ziel (einschliesslich Eingriffe bei Kindern).	
	Ausschlusskriterien	Eingriffe mit diagnostischem Ziel (z.B. Biopsien, Arthroskopie ohne Intervention, etc.).	
Klinik Seeschau AG			
Anzahl auswertbare Operationen:		1275	

11 Infektionen

11.1 Nationale Erhebung der postoperativen Wundinfekte

Bei einer Operation wird bewusst die schützende Hautbarriere bei den Patienten unterbrochen. Kommen dann Erreger in die Wunde, kann eine Wundinfektion entstehen. Postoperative Wundinfektionen sind unter Umständen mit schweren Beeinträchtigungen des Patientenwohls verbunden und können zu einer Verlängerung des Spitalaufenthaltes führen.

Swissnoso führt im Auftrag des ANQ Wundinfektionsmessungen nach bestimmten Operationen durch (siehe nachfolgende Tabellen). Die Spitäler und Kliniken können wählen, welche Operationsarten sie einbeziehen wollen. Es sind mindestens drei der genannten Operationsarten ungeachtet der Anzahl der Fälle pro Eingriffsart in das Messprogramm einzubeziehen. Betriebe, die Colonchirurgie (Dickdarm) in ihrem Leistungskatalog anbieten und Blinddarm-Entfernungen bei Kindern und Jugendlichen (<16 Jahre) durchführen, sind verpflichtet die Wundinfektionen nach diesen Operationen zu erfassen***.

Um eine zuverlässige Aussage zu den Infektionsraten zu erhalten, erfolgt nach Operationen eine Infektionserfassung auch nach Spitalentlassung. Nach Eingriffen ohne Implantation von Fremdmaterial werden zudem 30 Tage später mittels Telefoninterviews die Infektionssituation und die Wundheilung erfasst. Bei Eingriffen mit Implantation von Fremdmaterial (Hüft- und Kniegelenksprothesen, Wirbelsäulenchirurgie und herz-chirurgische Eingriffe) erfolgt zwölf Monate nach dem Eingriff ein weiteres Telefoninterview (sog. Follow-up).

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.swissnoso.ch

Unser Betrieb beteiligte sich an den Wundinfektionsmessungen nach folgenden Operationen:
▪ Hernienoperationen
▪ Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen
▪ Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen

Messergebnisse

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2016 – 30. September 2017

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen **2017** (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen **2017** (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % 2014	2015	2016	adjustierte Infektionsrate % **2017** (CI*)
Klinik Seeschau AG						
Hernienoperationen	182	2	0.70%	1.10%	1.00%	1.00% (0.00% - 2.40%)

Ergebnisse der Messperiode 1. Oktober 2015 – 30. September 2016

Operationen	Anzahl beurteilte Operationen **2016** (Total)	Anzahl festgestellter Wundinfektionen **2016** (N)	Vorjahreswerte adjustierte Infektionsrate % 2013	2014	2015	adjustierte Infektionsrate % **2016** (CI*)
Klinik Seeschau AG						
Erstimplantation von Hüftgelenksprothesen	167	3	1.40%	0.90%	1.50%	2.20% (0.00% - 4.40%)
Erstimplantationen von Kniegelenksprothesen	193	2	0.00%	2.70%	0.90%	1.40% (0.00% - 3.00%)

* CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Kommentar zur Entwicklung der Messergebnisse, Präventionsmassnahmen und / oder Qualitätsaktivitäten

Die Resultate der Swissnoso SSI Surveillance wurden innerhalb der Spitalhygiene besprochen: Bei keiner der Indexoperationen finden sich signifikante Abweichungen der adjustierten Infektionsrate im Vergleich zur übrigen Schweiz. Erfreulicherweise findet sich bei keiner der erfassten Indexoperationen eine signifikant erhöhte Infektionsrate und auch der Zeitpunkt der Verabreichung der Antibiotikaprophylaxe erfolgte überwiegend korrekt.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Swissnoso

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien Erwachsene	Alle stationären Patienten (≥ 16 Jahre), bei denen die entsprechenden Operationen (siehe Tabellen mit den Messergebnissen) durchgeführt wurden.
	Einschlusskriterien Kinder und Jugendliche	Alle stationären Patienten (≤ 16 Jahre), bei denen eine Blinddarmoperation durchgeführt wurde.
	Ausschlusskriterien	Patienten, die die Einwilligung (mündlich) verweigern.

12 Stürze

12.1 Nationale Prävalenzmessung Sturz

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten in den letzten 30 Tagen vor dem Stichtag gestürzt sind. Demzufolge handelt es sich um eine Periodenprävalenzmessung und um keine Vollerhebung.

Weitere Informationen:
www.anq.ch, www.lpz-um.eu und che.lpz-um.eu/deu/lpz-erhebung/pflegephanomene/sturze

Messergebnisse

	2014	2015	2017
Klinik Seeschau AG			
Anzahl im Spital erfolgte Stürze	0	0	
In Prozent	0.00%	0.00%	-

Bei der Anzahl und der Prozentangabe der publizierten Ergebnisse handelt es sich um deskriptive und nicht-risikoadjustierte Ergebnisse.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahre (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Messung eingeschlossen werden. ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

Klinik Seeschau AG			
Anzahl tatsächlich untersuchter Patienten 2017		Anteil in Prozent (Antwortrate)	-

13 Wundliegen

Ein Wundliegen (sog. Dekubitus) ist eine lokal begrenzte Schädigung der Haut und / oder des darunterliegenden Gewebes, in der Regel über knöchernen Vorsprüngen, infolge von Druck oder von Druck in Kombination mit Schwerkräften.

13.1 Nationale Prävalenzmessung Dekubitus (bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen)

Die nationale Prävalenzmessung bietet einen Einblick in die Häufigkeit, Prävention und Behandlung verschiedener Pflegephänomene. Sie findet an einem im Voraus definierten Stichtag statt. Innerhalb der Messung wurde untersucht, ob die Patienten an einer oder mehreren Druckstellen leiden infolge von Wundliegen. Die Messung findet jeweils an einem bestimmten Messtag statt (Punktprävalenz) und ist keine Vollerhebung.

Spitäler und Kliniken mit einer expliziten Kinderabteilung führen seit 2013 die Prävalenzmessung Dekubitus auch bei Kindern und Jugendlichen durch, denn Dekubitus ist auch im Kinderbereich ein wichtiger Qualitätsindikator und ein noch oft unterschätztes Pflegeproblem. Die Messmethode für Kinder und Jugendliche wurde für die Messung 2017 in Zusammenarbeit mit der Berner Fachhochschule und Experten und Expertinnen aus der Pädiatrie angepasst. Bei Kindern steht der Dekubitus in engem Zusammenhang mit eingesetzten Hilfsmitteln wie z. B. Schienen, Sensoren, Sonden etc. Ein weiterer Risikofaktor ist die entwicklungsbedingte, eingeschränkte verbale Kommunikationsmöglichkeit im Säuglings- und Kindesalter sowie die unterentwickelten Hautzellen bei früh- und neugeborenen Kindern.

Weiterführende Informationen: www.anq.ch und www.lpz-um.eu

Messergebnisse

Bei Erwachsenen

	Anzahl Erwachsene mit Dekubitus	Vorjahreswerte			2017	In Prozent
		2014	2015	2016		
Klinik Seeschau AG						
Nosokomiale Dekubitus-prävalenz	Im eigenen Spital entstanden, Kategorie 2-4 (CI** = 95%)	0	0	0	0	0.00%
	Residuum*, Kategorie 2-4				0	-

* Ein Residuum von Null zeigt ein erwartetes Auftreten von Dekubitus auf. Positive Werte weisen auf ein erhöhtes Auftreten von Dekubitus hin. Negative Werte lassen eine geringere Dekubitushäufigkeit gegenüber dem Durchschnitt aller Spitäler erkennen.

** CI steht für Confidence Interval (= Vertrauensintervall). Das 95%-Vertrauensintervall gibt die Bandbreite an, in welcher der wahre Wert mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% liegt. Das bedeutet grob betrachtet, dass Überschneidungen innerhalb der Vertrauensintervalle nur bedingt als wahre Unterschiede interpretiert werden können.

Da die ANQ-Messungen für Spital- und Klinikvergleiche konzipiert wurden, sind die spital- bzw. klinikspezifischen Ergebnisse, sowie Vergleiche zum Vorjahr, nur bedingt aussagekräftig. Der ANQ publiziert die Messergebnisse in vergleichender Darstellung auf seiner Website www.anq.ch.

Angaben zur Messung	
Nationales Auswertungsinstitut	Berner Fachhochschule
Methode / Instrument	LPZ 2.0

Bis 2015 wurde bei Erwachsenen die Methode LPZ International (International Prevalence Measurement of Care problems) angewendet, ab 2016 die LPZ 2.0. Bei Kindern und Jugendlichen wurde ab 2017 eine erweiterte Methode angewendet. Die Weiterentwicklung der Methode hat keinen Einfluss auf den Längsvergleich der Ergebnisse.

Angaben zum untersuchten Kollektiv		
Gesamtheit der zu untersuchenden Patienten	Einschlusskriterien	▪ Alle stationären Patienten ≥ 18 Jahren (inkl. Intensivpflege, intermediate care), Patienten zwischen 16 und 18 Jahren konnten auf freiwilliger Basis in die Erwachsenenmessung eingeschlossen werden (bei Erwachsenen). ▪ Alle Kinder und Jugendliche im Alter von 0 bis 16 Jahren, die am Erhebungstag stationär auf einer „expliziten“ Kinderstation eines Erwachsenenspitals oder in einer Kinderklinik hospitalisiert waren (bei Jugendlichen und Kindern). ▪ Vorhandene mündliche Einverständniserklärung des Patienten, der Angehörigen oder der gesetzlichen Vertretung.
	Ausschlusskriterien	▪ Stationäre Patienten, bei denen kein Einverständnis vorliegt. ▪ Wöchnerinnen und gesunde Säuglinge der Wochenbettstation. ▪ Hospitalisierte Kinder auf akutsomatischen Erwachsenenstationen. ▪ Notfallbereich, Tageskliniken und ambulanter Bereich, Aufwachraum.

Klinik Seeschau AG

Anzahl tatsächlich untersuchte Erwachsene 2017	22	Anteil in Prozent (zu allen am Stichtag hospitalisierten Patienten)	73.30%

18 Projekte im Detail

In diesem Kapitel können Sie sich über die wichtigsten Qualitatsprojekte informieren.

18.1 Aktuelle Qualitätsprojekte

18.1.1 Neustrukturierung der Spitalhygiene

Die Klinik Seeschau AG hatte sich im April 2016 entschieden, dem Ostschweizer Kompetenznetz Infektiologie Plus (OSKI+) beizutreten. Der Vorteil ist, dass die Hygienerichtlinien in «guidelines.ch» online und immer aktualisiert zur Verfügung stehen.

Ziel ist:

- immer auf dem neusten Stand, rascher Informationsfluss, rasche Reaktionszeit für Massnahmen
- Verschlankung des Hygienekonzepts, Reduktion vom Schulungsaufwand da die Informationen systematischer und differenzierter zur Verfügung stehen.

Im Berichtsjahr 2017 traf sich die Spitalhygiene zu vier Sitzungen:

- ein Hygienereglement wurde erstellt. In diesem sind die Aufgaben und Organisation der Spitalhygiene bestimmt
- eine Hygienekommission wurde gebildet. Teilnehmer: Hygienefachperson, Ärztliche Leitung der Spitalhygiene, Vertretung der Belegärzte, Pflegekader Abteilung und OP
- die Präsenz / Erreichbarkeit der Spitalhygiene ist definiert
- die einzelnen fachlichen Aufgaben wurden im Hygienereglement und in einem Stellenbeschrieb festgehalten
- ca. 50% der Richtlinien konnten bereits online in «guidelines.ch» aufgeschaltet werden

Bereits jetzt kann festgestellt werden, dass fachliche Fragen zum Thema Hygiene sehr schnell bearbeitet und professionell beantwortet werden.Das Projekt ist abgeschlossen, wenn alle Richtlinien aktualisiert sind und online zur Verfügung stehen.

18.2 Abgeschlossene Qualitätsprojekte im Berichtsjahr 2017

18.2.1 Einführung klinischer Dashboards Teil 1

Dieses Projekt wurde extern begleitet.

Ziel ist:

- Prozesssteuerung so einfach, anschaulich und gut handbar wie möglich
- Weniger Zeit am Telefon um Informationen weiter zu geben
- Weniger Zeit am Computer um Informationen zu finden
- Verbesserung der Kommunikation / Information

Mitarbeiter aus der Pflege, dem OP, der Hotellerie und der Administration waren an diesem Projekt beteiligt. Bereits im Jahre 2015 wurde der Bedarf an Information der unterschiedlichen Berufsgruppen in einem Workshop ermittelt und eine Prozessanalyse über den Informationsfluss erstellt.
Da sich alle Berufsgruppen im Stationsbüro am Witeboard orientieren, wurde dem Dashboard im Stationsbüro erste Priorität eingeräumt. Die Anforderungen an die Darstellung auf dem Dashboard waren sehr hoch, es mussten verschiedenste technische Probleme bewältigt werden.
Erst 2017 konnten wir den Bildschirm montieren und das Dashboard in Betrieb nehmen. In enger Zusammenarbeit mit der Softwarefirma mussten in der Anfangsphase kleinere Schwachstellen bereinigt werden.
Heute wird mit dem Dasboard gearbeitet und es hat eine gute Akzeptanz bei den Mitarbeitern und auch bei den Ärzten.
Auch wenn es weiterhin Optimierungspotential gibt, ist Teil 1 dieses Projekts abgeschlossen

18.3 Aktuelle Zertifizierungsprojekte

18.3.1 Kein Projekt im aktuellen Berichtsjahr

19 Schlusswort und Ausblick

Im Zentrum unseres ganzen Qualitätsmanagements steht der Mensch. Wir sehen es als eine Verpflichtung gegenüber unseren Patientinnen und Patienten, die Qualität unserer Dienstleistungen und der Klinikinfrastruktur laufend zu optimieren. Dabei sind wir alle gefordert, dem schnellen Wandel und der Entwicklung in der Medizin Rechnung zu tragen.

Durch die baulichen Massnahmen im Zusammenhang mit der Klinikerweiterung konnten wir unsere Struktur- und Prozessqualität deutlich verbessern. Die neue Überwachungsstation (IMCU) und die eigene Radiologieabteilung bieten eine optimale Pflege und Betreuung unserer Patienten. Die Eröffnung der Lounge «Seeschau Privé» bringt vielfältige Nutzungsmöglichkeiten für Halbprivat- und Privatpatienten aber auch für die Klinik selber. In den renovierten Allgemeinzimmern besteht deutlich mehr Platz und damit auch mehr Komfort. Weiter bietet auch der Ausbau der Küche und der Wäscherei mit mordernster Infrastruktur optimale Arbeitsbedingungen. Die zunehmende Digitalisierung in allen Klinikbereichen bringt zudem neue Möglichkeiten und kann für mehr Behandlungssicherheit und eine verbesserte Informationsqualität beitragen.

Eine aktive Beteiligung an den nationalen ANQ-Messungen, die Patientenbefragungen mit dem externen Messsystem von MECON measure & consult GmbH und die regelmässigen internen und externen Assessments unserer Arbeitsprozesse geben uns laufend neue Erkenntnisse, die wir mit konkreten Verbesserungsmassnahmen umsetzen.

Wir freuen uns, aus den vorliegenden Benchmark-Vergleichen feststellen zu können, dass wir auf dem richtigen Weg sind und beste Ergebnisse vorweisen können. Wir erzielen weiterhin eine sehr hohe Patientenzufriedenheit und somit eine grosse Akzeptanz im Gesundheitsmarkt des Kantons Thurgau.

Wie sehen wir die Qualität in der Zukunft?
Nebst den geplanten externen Messungen und den internen Assessments werden wir im Jahr 2018 nach der neuen Norm ISO 9001:2015 zertifiziert. Dabei wird auch die neue Infrastruktur und deren Einfluss in die bestehenden Prozesse berücksichtigt. Weiter wird das SLH-Excellence-Profil zum Thema «Fehlerkultur als Entwicklungschance» abgeschlossen.

Sämtliche Prozesse in der Zusammenarbeit zwischen den Belegärzten, den Pflegenden, den Mitarbeitenden des technischen Dienstes, der Administration und der Hauswirtschaft werden laufend angepasst und optimiert.

In baulicher Hinsicht werden alle Privatzimmer renoviert und mit mehr Komfort ausgestattet. Die zusätzlichen neuen OP-Säle 4 und 5 werden in Betrieb genommen und die bestehenden OP-Säle 1 und 2 ebenfalls vollständig digitalisiert und auf den neusten technischen Stand gebracht.

Alle unsere Bemühungen zielen dabei auf die Steigerung der Zufriedenheit unserer Patienten, Belegärzte und Mitarbeiter.

Anhang 1: Überblick über das betriebliche Angebot

Die Angaben zur Struktur und zu den Leistungen des Spitals vermitteln einen **Überblick** über das betriebliche Angebot.

Zusätzliche Informationen zum betrieblichen Angebot finden Sie im Spital- und Klinik-Portal spitalinformation.ch und im aktuellen Jahresbericht.

Sie können diesen unter folgendem Link herunterladen: Jahresbericht

Akutsomatik

Angebotene Spitalplanungs-Leistungsgruppen
Basispaket
Basispaket Chirurgie und Innere Medizin
Haut (Dermatologie)
Dermatologische Onkologie
Wundpatienten
Hals-Nasen-Ohren
Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)
Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen
Augen (Ophthalmologie)
Spezialisierte Vordersegmentchirurgie
Bauch (Viszeralchirurgie)
Viszeralchirurgie
Gefässe
Gefässchirurgie intraabdominale Gefässe
Urologie
Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'
Radikale Prostatektomie
Komplexe Chirurgie der Niere (Tumornephrektomie und Nierenteilsektion)
Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang
Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters
Bewegungsapparat chirurgisch
Chirurgie Bewegungsapparat
Orthopädie
Handchirurgie
Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens
Arthroskopie des Knies
Rekonstruktion obere Extremität
Rekonstruktion untere Extremität
Rheumatologie
Rheumatologie
Gynäkologie
Gynäkologie
Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina
Maligne Neoplasien des Corpus uteri
Maligne Neoplasien der Mamma
Geburtshilfe

Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. Woche und >= 2000g)

Bemerkungen

Die im Anhang 1 : "Überblick über das betriebliche Angebot" aufgeführten Spitalplanungs – Leistungsgruppen entsprechen nicht den erteilten Leistungsaufträgen.

Die Klinik Seeschau ist mit den nachfolgenden Leistungsbereichen auf der Spitalliste Akutsomatik des Kantons Thurgau aufgeführt:

- Basispaket für elektive Leistungserbringer (eingeschränkt, Notfallstation in Kooperation Kantonsspital Münsterlingen)
- Schild – und Nebenschilddrüsenchirurgie
- Ophthalmologie
- Viszeralchirurgie
- Urologie
- Bewegungsapparat chirurgisch (ohne Wirbelsäulenchirurgie, Knochentumore, Plexuschirurgie und Replantationen)
- Gynäkologie (ohne Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität)

Anhang 2 :
Spitalliste Kanton Thurgau Akutsomatik, gültig ab 1. September 2016

Thurgauische Spitalliste 2012 Akutsomatik (Version 2016.1) gültig ab 1. September 2016

Leistungsauftrag
K Leistungsauftrag in Koorperation K1: STGAG KSM, K2: HNZB, K3: OKS
Leistungsauftrag nur in Zusammenhang Abklärung und Behandlung in zugeteilten Leistungsgruppen
Universitäre und spezialisierte Zentrumsleistung (Einzelleistung mit Indikationsentscheid Kantonsärztlicher Dienst Kanton Thurgau)
Hochspezialisierte Medizin gemäss Beschlüssen

Leistungs-bereich	Leistungs-gruppe		Kantonale Leistungserbringer					Ausserkantonale Leistungserbringer							
			Leistungserbringer	Spital Thurgau AG (KSF, KSM, VBK)	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	Venenklinik Bellevue Kreuzlingen AG (VBK)	Kantonsspital St. Gallen	Universitätsspital Zürich	Inselspital Bern	Zürich	Zürich	St. Gallen (OKS)	Kinderspital Zürich	Leistungserbringer IVHSM
Basispaket	BP	Basispaket Chirurgie und Innere Medizin			K1										
	BPE	Basispaket für elektive Leistungserbringer (eingeschränkt), Notfallstation in Kooperation KS Münsterlingen													
Dermatologie	DER1	Dermatologie (inkl. Geschlechtskrankheiten)													
	DER1.1	Dermatologische Onkologie													
	DER1.2	Schwere Hauterkrankungen													
	DER2	Wundpatienten													
Hals-Nasen-Ohren	HNO1	Hals-Nasen-Ohren (HNO-Chirurgie)													
	HNO1.1	Hals- und Gesichtschirurgie													
	HNO1.1.1	Komplexe Halseingriffe (Interdisziplinäre Tumorchirurgie)													
	HNO1.2	Erweiterte Nasenchirurgie mit Nebenhöhlen													
	HNO1.2.1	Erweiterte Nasenchirurgie, Nebenhöhlen mit Duraeröffnung		K2											
	HNO1.3	Mittelohrchirurgie													
	HNO1.3.1	Erweiterte Ohrchirurgie mit Innenohr und / oder Duraeröffnung		K2											
	HNO1.3.2	Cochlea Implantate (IVHSM)													
	HNO2	Schild- und Nebenschilddrüsenchirurgie													
	KIE1	Kieferchirurgie													
Neurochirurgie	NCH1	Kraniale Neurochirurgie			K1										
	NCH1.1	Spezialisierte Neurochirurgie			K1										
	NCH2	Spinale Neurochirurgie			K1										
	NCH3	Periphere Neurochirurgie			K1										
Neurologie	NEU1	Neurologie			K1										
	NEU2	Sekundäre bösartige Neubildung des Nervensystems			K1										
	NEU2.1	Primäre Neubildung des Zentralnervensystems (ohne Palliativpatienten)			K1										
	NEU3	Zerebrovaskuläre Störungen			K1										
	NEU3.1	Zerebrovaskuläre Störungen im Stroke Center (IVHSM)													
	NEU4	Epileptologie: Komplex-Diagnostik													
	NEU4.1	Epileptologie: Komplex-Behandlung (IVHSM)													
Ophthalmologie	AUG1	Ophthalmologie													
	AUG1.1	Strabologie													
	AUG1.2	Orbita, Lieder, Tränenwege													
	AUG1.3	Spezialisierte Vordersegmentchirurgie													
	AUG1.4	Katarakt													
	AUG1.5	Glaskörper/Netzhautprobleme													
Endokrinologie	END1	Endokrinologie													
Gastro-enterologie	GAE1	Gastroenterologie													
	GAE1.1	Spezialisierte Gastroenterologie													
Viszeral-chirurgie	VIS1	Viszeralchirurgie				K1									
	VIS1.1	Grosse Pankreaseingriffe (IVHSM)													
	VIS1.2	Grosse Lebereingriffe (IVHSM)													
	VIS1.3	Oesophaguschirurgie (IVHSM)													
	VIS1.4	Bariatrische Chirurgie													
	VIS1.4.1	Spezialisierte Bariatrische Chirurgie (IVHSM)													
	VIS1.5	Tiefe Rektumeingriffe (IVHSM)													
Hämatologie	HAE1	Aggressive Lymphome und akute Leukämien													
	HAE1.1	Hoch-aggressive Lymphome und akute Leukämien mit kurativer Chemotherapie													
	HAE2	Indolente Lymphome und chronische Leukämien													
	HAE3	Myeloproliferative Erkrankungen und Myelodysplastische Syndrome													
	HAE4	Autologe Blutstammzelltransplantation													
	HAE5	Allogene Blutstammzelltransplantation (IVHSM)													

Leistungs-bereich	Leistungs-gruppe	Leistungsauftrag K Leistungsauftrag in Koorperation K1: STGAG KSM, K2: HNZB, K3: OKS Leistungsauftrag nur in Zusammenhang Abklärung und Behandlung in zugeteilten Leistungsgruppen Universitäre und spezialisierte Zentrums-leistung (Einzelleistung mit Indikationsentscheid Kantonsärztlicher Dienst Kanton Thurgau) Hochspezialisierte Medizin gemäss Beschlüssen	Kantonale Leistungserbringer					Ausserkantonale Leistungserbringer							
			Leistungserbringer	Spital Thurgau AG (KSF, KSM, VBK)	Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG	Klinik Seeschau AG (Kreuzlingen)	Venenklinik Bellevue (VBK)	Kreuzlingen AG	Kantonsspital St. Gallen	Universitätsspital Zürich	Inselspital Bern	Zürich	Zürich	St. Gallen (OKS)	Kinderspital Zürich	Leistungserbringer IVHSM
Gefässe	ANG1	Interventionen periphere Gefässe (arteriell)														
	ANG2	Interventionen intraabdominale Gefässe														
	ANG3	Interventionen Carotis und extrakranielle Gefässe														
	ANG4	Interventionen intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)														
	GEF1	Gefässchirurgie periphere Gefässe (arteriell)														
	GEF2	Gefässchirurgie intraabdominelle Gefässe														
	GEF3	Gefässchirurgie Carotis			K1											
	GEF4	Gefässchirurgie intrakranielle Gefässe (elektive Eingriffe, exkl. Stroke)			K1											
	RAD1	Interventionelle Radiologie (bei Gefässen nur Diagnostik)														
Herz	KAR1	Kardiologie (inkl. Schrittmacher)														
	KAR1.1	Interventionelle Kardiologie (Koronareingriffe)														
	KAR1.1.1	Interventionelle Kardiologie (Spezialeingriffe)														
	KAR1.2	Elektrophysiologie (Ablationen)														
	KAR1.3	Implantierbarer Cardioverter Defibrillator / Biventrikuläre Schrittmacher (CRT)														
	HER1	Einfache Herzchirurgie			d)											
	HER1.1	Herzchirurgie und Gefässchirurgie mit Herzlungenmaschine (ohne Koronarchirurgie)			d)											
	HER1.1.1	Koronarchirurgie (CABG)														
	HER1.1.2	Komplexe kongenitale Herzchirurgie														
	HER1.1.3	Chirurgie und Interventionen an der thorakalen Aorta			d)											
	HER1.1.4	Offene Eingriffe an der Aortenklappe			d)											
	HER1.1.5	Offene Eingriffe an der Mitralklappe														
Nephrologie	NEP1	Nephrologie (Nierenversagen)														
Urologie	URO1	Urologie ohne Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'														
	URO1.1	Urologie mit Schwerpunktstitel 'Operative Urologie'														
	URO1.1.1	Radikale Prostatektomie														
	URO1.1.2	Radikale Zystektomie														
	URO1.1.3	Komplexe Chirurgie der Niere														
	URO1.1.4	Isolierte Adrenalektomie														
	URO1.1.5	Plastische Rekonstruktion am pyeloureteralen Übergang														
	URO1.1.6	Plastische Rekonstruktion der Urethra														
	URO1.1.7	Implantation eines künstlichen Harnblasensphinkters														
	URO1.1.8	Perkutane Nephrostomie mit Desintegration von Steinmaterial				K1										
Pneumologie	PNE1	Pneumologie														
	PNE1.1	Pneumologie mit spez. Beatmungstherapie														
	PNE1.2	Abklärung zur oder Status nach Lungentransplantation														
	PNE1.3	Cystische Fibrose														
	PNE2	Polysomnographie														
Thorax-chirurgie	THO1	Thoraxchirurgie														
	THO1.1	Maligne Neoplasien des Atmungssystems (kurative Resektion)														
	THO1.2	Mediastinaleingriffe														
Transplantation	TPL1	Transplantationen solider Organe (IVHSM)														
Bewegungs-apparat chirurgisch	BEW1	Chirurgie Bewegungsapparat														
	BEW2	Orthopädie														
	BEW3	Handchirurgie														
	BEW4	Arthroskopie der Schulter und des Ellbogens														
	BEW5	Arthroskopie des Knies														
	BEW6	Rekonstruktion obere Extremität														
	BEW7	Rekonstruktion untere Extremität														
	BEW8	Wirbelsäulenchirurgie														
	BEW8.1	Spezialisierte Wirbelsäulenchirurgie														
	BEW9	Knochentumore														
	BEW10	Plexuschirurgie														
	BEW11	Replantationen														
Rheumatologie	RHE1	Rheumatologie		e)												
	RHE2	Interdisziplinäre Rheumatologie		e)												
Gynäkologie	GYN1	Gynäkologie														
	GYN1.1	Maligne Neoplasien der Vulva und Vagina				f)										
	GYN1.2	Maligne Neoplasien der Zervix				f)										
	GYN1.3	Maligne Neoplasien des Corpus uteri				f)										
	GYN1.4	Maligne Neoplasien des Ovars				f)										
	GYN2	Maligne Neoplasien der Mamma				f)										
	PLC1	Eingriffe im Zusammenhang mit Transsexualität														

			Kantonale Leistungserbringer				Ausserkantonale Leistungserbringer							
Leistungs-bereich	**Leistungs-gruppe**	Leistungsauftrag K Leistungsauftrag in Koorperation K1: STGAG KSM, K2: HNZB, K3: OKS Leistungsauftrag nur in Zusammenhang Abklärung und Behandlung in zugeteilten Leistungsgruppen Universitäre und spezialisierte Zentrumsleistung (Einzelleistung mit Indikationsentscheid Kantonsärztlicher Dienst Kanton Thurgau) Hochspezialisierte Medizin gemäss Beschlüssen	**Leistungserbringer**	**Spital Thurgau AG** (KSF, KSM, VBK)	**Herz-Neuro-Zentrum Bodensee AG**	**Klinik Seeschau AG** (Kreuzlingen)	**Venenklinik Bellevue (VBK)**	**Kreuzlingen AG**	**Kantonsspital St. Gallen**	**Universitätsspital Zürich**	**Inselspital Bern**	**Zürich**	**Zürich**	**St. Gallen (OKS)**	**Kinderspital Zürich**	**Leistungserbringer IVHSM**
Geburtshilfe	GEBH	Geburtshäuser (ab 37. Schwangerschaftswoche (SSW))														
	GEB1	Grundversorgung Geburtshilfe (ab 34. SSW und >= 2000g)														
	GEB1.1	Geburtshilfe (ab 32. SSW und >= 1250g)														
	GEB1.1.1	Spezialisierte Geburtshilfe														
Neugeborene	NEO1	Grundversorgung Neugeborene (ab GA 34 0/7 SSW und GG 2000g)														
	NEO1.1	Neonatologie (ab GA 32 0/7 SSW und GG 1250g)		g)												
	NEO1.1.1	Spezialisierte Neonatologie (ab GA 28 0/7 SSW und GG 1000g)		g)												
	NEO1.1.1.1	Hochspezialisierte Neonatologie (GA <28 0/7 SSW und GG <1000g)														
(Radio-) Onkologie	ONK1	Onkologie														
	RAO1	Radio-Onkologie														
	NUK1	Nuklearmedizin														
Schwere Verletzungen	UNF1	Unfallchirurgie (Polytrauma)			K1											
	UNF1.1	Spezialisierte Unfallchirurgie (Schädel-Hirn-Trauma)		K2	K1											
	UNF2	Ausgedehnte Verbrennungen (IVHSM)														
Querschnitts-bereiche	KINM	Kindermedizin		h)												
	KINC	Kinderchirurgie		K3												
	KINB	Basis-Kinderchirurgie														
	GER	Akutgeriatrie Kompetenzzentrum														
	PAL	Palliative Care Kompetenzzentrum														
	AVA	Akutsomatische Versorgung Abhängigkeitskranker														
	IVHSM	Weitere Leistungsgruppen gemäss IVHSM reduzieren obige Leistungsgruppen und sind allen Leistungserbringern gemäss rechtsgültigen IVHSM Beschlüssen zugeordnet														

Spital Thurgau AG umfasst Kantonsspital Frauenfeld (KSF), Kantonsspital Münsterlingen (KSM) und dritter Standort Bellevue Venenklinik als Wochenklinik (VBK).
BP: Kooperation aller Kliniken mit der Spital Thurgau AG für die Nⁱtfallstation (Erreichbarkeit Nⁱtfallstation ab kooperierender Klinik innert 10 Min.).

a) Nⁱtfallaufnahme ohne Nⁱtfallstation.
b) Seeschau: BPE ohne Einschränkung, zusätzlich elektive Leistungen aus BP für AUG, BEW, GYN, URO, VIS1, und Chirurgie Hauterkrankungen.
c) VBK: Ausnahmebewilligung BPE für DER1, DER2, Phlebologie mit Haut und Weichteilen, Venenchirurgie inkl. Hernien- und Proktochirurgie, Eingriffe gemäss Weiterbildungstitel Allgemeinchirurgie mit Schwerpunkt Gefässchirurgie soweit in einer Wochenklinik ohne Intensivstation durchführbar.
d) Inkl. homologer Klappenersatz und Endokardersatz.
e) Zusätzlich Spital Thurgau AG Standort Klinik St. Katharinental, Diessenhofen.
f) Inkl. Chemotherapie.
g) Inkl. aus GEB1.1.1 und NEO1.1.1 Geburten ab 33. Schwangerschaftswoche mit Geburtsgewicht >=1000g. Drillings- und Vierlingsschwangerschaften. Föten und Neugeborene mit einseitigen Nierenleiden. Neugeborene mit kontinuierlicher Beatmung.
h) Inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in Liaison mit der Klinik für Kinder- und Jugendliche des KSM.

Basis für die Zuteilung der Einzelleistungen zu den Leistungsgruppen ist Version 2016.1 des Leistungsgruppenkonzeptes der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Grundvoraussetzung ist eine gültige gesundheitspolizeiliche Bewilligung mit Einhaltung der Anforderungen inkl. Kooperationen in den erteilten Leistungsgruppen.

Herausgeber

Die Vorlage für diesen Qualitätsbericht wird von H+ herausgeben:
H+ Die Spitäler der Schweiz
Lorrainestrasse 4A, 3013 Bern

Siehe auch:
www.hplus.ch/de/dienstleistungen/qualitaet_patientensicherheit/qualitaetsbericht

Die im Bericht verwendeten Symbole für die Spitalkategorien Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation stehen nur dort, wo Module einzelne Kategorien betreffen.

Beteiligte Gremien und Partner

Die Vorlage für den Qualitätsbericht wurde in Zusammenarbeit mit der Steuerungsgruppe von **QABE** (Qualitätsentwicklung in der Akutversorgung bei Spitälern im Kanton Bern) erarbeitet.

Die Vorlage wird laufend in Zusammenarbeit mit der H+ Fachkommission Qualität Akutsomatik (**FKQA**), einzelnen Kantonen und auf Anträge von Leistungserbringern hin weiterentwickelt.
Siehe auch:
www.hplus.ch/de/servicenav/ueber_uns/fachkommissionen/qualitaet_akutsomatik_fkqa

Die Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (**GDK**) empfiehlt den Kantonen, die Spitäler zur Berichterstattung über die Behandlungsqualität zu verpflichten und ihnen die Verwendung der H+-Berichtsvorlage und die Publikation des Berichts auf der H+-Plattform www.spitalinformation.ch nahe zu legen.

Weitere Gremien

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken (**ANQ**) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.
Siehe auch: www.anq.ch

Die **Stiftung Patientensicherheit Schweiz** ist eine nationale Plattform zur Entwicklung und Förderung der Patientensicherheit. Sie arbeitet in Netzwerken und Kooperationen. Dabei geht es um das Lernen aus Fehlern und das Fördern der Sicherheitskultur in Gesundheitsinstitutionen. Dafür arbeitet die Stiftung partnerschaftlich und konstruktiv mit Akteuren im Gesundheitswesen zusammen.
Siehe auch: www.patientensicherheit.ch

Die Vorlage für den Qualitätsbericht stützt sich auf die Empfehlungen "Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität" der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaft (**SAMW**).